Lane Medical Libr

Zur Casuistik geformter Exsudate bei Iritis.

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doctorwürde

in der

Medicin, Chirurgie und Geburtshülfe,

welche

nebst beigefügten Thesen

mit Zustimmung der Hohen Medicinischen Facultät der Universität Greifswald

am 12. August 1874

öffentlich vertheidigen wird

Jacob Schmalenbach,
praktischer Arzt,
aus der Rheinprovinz.

Opponenten:

H. Klingholz, Drd. med., prakt. Arzt.
J. Willimsky, Drd. med., prakt. Arzt.
P. Jonscher, Drd. med., prakt. Arzt.

Greifswald.
Druck der Universitäts-Buchdruckerei von F. W. Kunike.
1874.

Seinen theuren Verwandten

insbesondere

dem Herrn Joseph Verhagen

zu Cöln am Rhein

in

Dankbarkeit

gewidmet.

In der Augenklinik zu Greifswald gelangte im Laufe des Monats Juli dieses Jahres ein Fall von acuter Iritis zur Beobachtung, welcher sich durch eine eigenthümliche Formation des Exsudates auszeichnete und deshalb gerade merkwürdig und interessant genug ist, vor das Forum der Oeffentlichkeit geführt zu werden. Indem ich in Folgendem denselben etwas ausführlich behandeln werde, muss ich von vorne herein gegen eine etwaige Annahme, als würde ich speciellere Aufschlüsse über das Entstehen und Wesen solcher Formationen bringen, oder dieselben auch nur einem besseren Verständnisse entgegenführen, Verwahrung einlegen, und kann ich mich nur darauf beschränken, diesen Fall den bereits von anderen Autoren mitgetheilten gleichen oder ähnlichen Fällen anzureihen und dadurch vielleicht für die Praxis zu einer etwaigen Sicherung der Diagnose in vorkommenden Fällen beizutragen.

Während bei den Iris-Entzündungen die häufigsten Exsudate in der vorderen Augenkammer sich als einfache Trübungen des humor aqueus, Hypopien etc.

documentiren, kommen zuweilen und in selteneren Fällen noch eigenthümliche Formationen zur Begutachtung des Arztes, durch welche leicht Irrthümer in der Diagnose und Missgriffe bei der Behandlung veranlasst werden können. Professor Schmidt in Marburg ist — soviel mir bekannt ist — der erste in den letzten Jahren gewesen, welcher auf solche Vorkommnisse hingewiesen, und hat seine darauf bezüglichen Beobachtungen in der klinischen Monatsschrift für Augenheilkunde (Jahrgang IX. 1871. pag. 94) niedergelegt. Derselbe erwähnt, freilich als selten, aber doch noch öfter zur Beobachtung kommend, kleine durchsichtige, auf der Iris sich entwickelnde Bläschen von Hanfkorn- bis Erbsengrösse, welche, anfangs ziemlich prall, dann sehr schnell wieder collabirend, eine entfernte Aehnlichkeit mit Cysticercusblasen haben, jedoch hinsichtlich ihres kurzen Bestehens sich von letzteren unterscheiden. Als Beleg schliesst derselbe eine Krankengeschichte an, wo beim Beginne der Behandlung eine einfache Iritis, am zweiten Tage eine gelblich-graue, durchscheinende Exsudatmasse die innere Hälfte der vorderen Augenkammer ausfüllte, wo dann am fünften Tage der Behandlung, nachdem die entzündlichen Erscheinungen in Abnahme begriffen waren, eine durchsichtige, bläulich-weisse, ziemlich gespannte Blase zu erkennen war, welche den ganzen inneren Quadranten der Iris überdeckte und sich mit deutlicher Uebergangsfalte, circa ½ Linie vom Irisrande entfernt, auf der vorderen Linsenkapsel ansetzte. Am folgenden Tage war schon eine Abnahme der Blase zu constatiren,

dieselbe am siebenten Tage der Behandlung vollständig zurückgegangen und war nur noch ein dünner weisslicher Strang im Pupillargebiete zu bemerken, der jedoch auch bald dem Schwunde anheimfiel. Der ganze Prozess hatte von der Iris seinen Ausgang genommen, die Cornea war sowohl vorher wie nach der Resorption des Exsudates von normaler Beschaffenheit.

Ferner führt Schmidt eine andere Exsudationsform an, in ihrer Art ganz eigenthümlich. Dieselbe imponirt im Beginne der Erkrankung ganz als eine getrübte, in die vordere Augenkammer luxirte Linse, und soll auch anfangs bei dem von ihm beobachteten Falle eine dahin zielende Diagnose — freilich mit einem gewissen Rückhalt, da die solche Zustände veranlassenden Momente fehlten, — gestellt worden sein. Da eine derartige Form eine recht seltene ist und der unten von uns zu erwähnende Fall die grösste Aehnlichkeit mit dieser zeigt, so lasse ich der Uebersichtlichkeit halber und zur späteren Vergleichung die Schmidt'schen Angaben in extenso folgen.

„Ein 26 Jahre alter Patient erkrankte ohne an-
„gebbare Ursache, fünf Tage vor der am 13. October
„1869 erfolgten Aufnahme, an einer heftigen, schmerz-
„haften Entzündung des rechten Auges, die mit schnel-
„ler Verschlechterung des Sehvermögens einherging.
„Die Untersuchung zeigte starke conjunctivale und
„subconjunctivale Injection, hierdurch war ein breiter
„rother Ring um die Cornea entstanden, der nur im
„oberen Quadranten etwas offen schien. Die Cornea
„ist frei, die vordere Augenkammer sehr tief. In ihr

„erkennt man eine graue opake Masse, die ganz die „Gestalt, Grösse und Dicke einer luxirten Linse hat „und den grössten Theil der Iris und des Pupillar- „gebietes verdeckt. Nur nach oben und aussen findet „sich ein halbmondförmiger etwa $\frac{1}{4}$ Linie hoher und „$1\frac{1}{2}$ Linien langer Saum schwarzen Pupillargebietes „zwischen dem convexen Rande dieses Gebildes und „der durch Atropin stark retrahirten Iris. Weiter nach „innen liegt der scharfe gebogene Rand wieder über „der Regenbogenhaut. Auf der ganzen vorderen Fläche „dieser Masse finden sich kleine, etwas weisslichere, „das Licht intensiv reflectirende strichförmige Trü- „bungen. Die Iris selbst ist, so weit sie erkennbar, „gewulstet und stark verfärbt. Die vordere Kammer „kann in ihrem unteren Theile nur schwer durch- „leuchtet werden, während oben die beschriebenen „Einzelheiten deutlich erkennbar sind. Es gelingt „nicht, durch den schmalen freien Pupillarraum den „Augenhintergrund ophthalmoscopisch zu sehen. Der „Bulbus hat eine etwas erhöhte Spannung; an einer „Stelle des Ciliarkörpers ist er auf Druck, doch nur „wenig, empfindlich. Patient erkennt die Zahl der „Hände auf $3\frac{1}{2}$ Fuss. Das Gesichtsfeld ist concentrisch „eingeengt. — Die Diagnose wurde auf Luxation und „katarractöse Trübung der Linse mit secundärer Irido- „Choroiditis gestellt. — Immerhin blieb es hierbei „auffällig, dass die Trübung durch einen gewissen „gelblichen Farbenton etwas abweichend erschien von „der gewöhnlich nach Trauma entstehenden und vor „Allem, dass die Anamnese gar nicht mit dieser Deu-

„tung übereinstimmte. Patient wollte bis zum Beginne „der Entzündung gut gesehen und nie eine Verletzung „erlitten haben. Das Vorhandensein oder Fehlen der „Linsenkapsel konnte bei dem getrübten Kammerwasser „nicht mit Sicherheit constatirt werden."

„Zur Bekämpfung der heftigen Entzündung wurde „eine acute Inunctions-Cur eingeleitet."

„Zwei Tage später erscheint die vordere Kammer „etwas klarer. Der beschriebene freie Pupillarraum „im oberen äusseren Quadranten hat sich etwas ver- „breitert; die bis dahin vollkommen glatte und abge- „rundete Peripherie des linsenähnlichen Gebildes zeigt „jetzt, an dem oberen, convexen Rande deutlich kenn- „bar, kleine unregelmässige und zackige Vorsprünge. „Hiermit war die Annahme einer Linsen-Luxation, die „doch nur spontan und daher mit und in der Kapsel „stattgefunden haben konnte, natürlich unhaltbar ge- „worden. — Am 16. kleiner Bluterguss in die vordere „Kammer. Am 18. haben sich die bis dahin vorhan- „denen heftigen Schmerzen verloren; die Conjunctiva „ist immer noch stark injicirt; das Hyphaema ist in „der Resorption. Es lässt sich jetzt deutlich eine „Verkleinerung der grauen Exsudatmasse constatiren. „Am 22. ist dieselbe noch etwas über erbsengross; sie „liegt nicht mehr, wie früher, der Iris dicht auf, son- „dern ist, wiederum am oberen Theile besonders deut- „lich, von ihr durch Kammerwasser getrennt. Am 23., „bei gleichzeitiger Abnahme der subconjunctivalen In- „jection, erscheint sie fast um die Hälfte verkleinert; „der Rest sitzt ungefähr im Centrum der Pupille und

„ist fast in seiner ganzen Peripherie durch freien Pu-
„pillarraum von der Iris getrennt. — Am 24. ist er
„nur noch etwa Hanfkorngross; am 25. vollständig
„verschwunden. Auf der Linsenkapsel finden sich
„einige röthlich-braune Flecke; die Pupille ist von
„mittlerer Weite; die Iris noch entfärbt. Bei der
„ophthalmoscopischen Untersuchung schimmert der
„Augenhintergrund röthlich durch, ohne dass jedoch
„genauere Details erkennbar wären. Die Consistenz
„des Bulbus ist normal, vielleicht etwas weicher, als
„links. Bei Stearinlicht erkennt Patient Finger auf
„circa 4 Fuss; Gesichtsfeld nach Innen und Aussen
„etwas eingeengt. Am folgenden Tage werden bei
„vollkommen klarer Kammer die Lichtreflexe der Linse
„constatirt. — Während in der nächsten Zeit sich die
„äusseren Entzündungs-Erscheinungen allmälig ver-
„loren, nahm auch das Sehvermögen zu. Am 9. No-
„vember konnte Patient mit convex 6 Jäger 2 erken-
„nen; das Gesichtsfeld war frei. Die Iris zeigt jetzt,
„bei stärkster Atropin-Einwirkung, Unten und Innen
„einzelne breite hintere Synechien. Ophthalmoscopisch:
„diffuse und geformte Glaskörpertrübungen; vorzugs-
„weise nach Aussen tritt eine ziemlich dicke gelbe
„Membran hervor. — Am 24. wurde Patient mit $\frac{1}{4}$ Seh-
„schärfe entlassen. Die Glaskörpertrübung bestand,
„wenn auch verringert, noch fort, so dass Augenhin-
„tergrund und Papille nur verwaschen erkennbar wa-
„ren.“

An die Mittheilungen von Schmidt schliessen

sich die Fälle an, welche Dr. Gunning*) zu Amsterdam veröffentlicht hat. Derselbe erwähnt dreier Kranke, bei welchen eine eigenthümliche Exsudation in der vorderen Augenkammer vorgekommen war, die von demselben als gallertige Ausscheidung bezeichnet wurde.

Der erste Fall betraf einen 45 Jahre alten Herrn, welcher wiederholentlich an Erscheinungen von Syphilis gelitten und bei dem eine acute Entzündung des linken Auges eingetreten war. Während anfangs das täuschende Bild einer parenchymatösen Keratitis sich darbot, wurde durch genauere Untersuchung bei künstlicher Beleuchtung jedoch festgestellt, dass die Trübung der Cornea durch eine massenhafte Exsudation von grau-opaker, gallertartiger Beschaffenheit in der vorderen Augenkammer veranlasst sei, welche nach oben hin von einer scharfen horizontalen Linie begränzt wurde, letztere bedingt durch das Zurücktreten der Iris nach Einwirkung von Atropin. Oberhalb des Exsudates war die Cornea vollständig klar, ebenso theilweise in ihrem unteren Theile, dagegen waren die Zeichen einer Iritis, glanzlose Iris, starke pericorneale Injection, heftige Schmerzen etc. vorhanden. Für diese Erscheinung wurde die Möglichkeit einer in die vordere Augenkammer luxirten Linse angenommen, wenngleich auch hiergegen wieder die scharfe Begränzung dieser Masse, das Fehlen eines eingewirkten Trauma und das mangelhafte Aufquellen der Linsensubstanz

*) cf. Klinische Monatsblätter für Augenheilkunde Jahrgang X. 1872.

zu sprechen schienen. Die Spannung des Auges war erhöht, die Sehschärfe herabgesetzt. Nachdem nach Anwendung von Atropin und Blutentziehung in den folgenden Tagen keine Besserung des Zustandes eingetreten war, die Spannung des Auges, wie auch die Schmerzen sich vielmehr gesteigert hatten, so wurde an einen möglichen operativen Eingriff zur Entfernung der scheinbar aufgequollenen Linse gedacht, dieser jedoch durch das fast plötzliche Verschwinden des Exsudates vereitelt. Es liess sich jetzt die unversehrte Linse, peripher nur etwas getrübt, deutlich constatiren und konnte also nur an ein Gebilde, ausgegangen von einer Iritis, gedacht werden. Diese Exsudation soll sich beim Patienten in kurzer Zeit zweimal wiederholt haben, jedoch schnell wieder resorbirt worden sein.

Beim zweiten Falle herrschte nach Gunning's Angabe wahrscheinlich eine Cyklitis des rechten Auges vor. In der vierten Woche ihres Bestehens war eines Morgens die vordere Augenkammer zur Hälfte mit einer grau-opaken, gallertartigen Masse ausgefüllt, die Sehschärfe war beträchtlich herabgesetzt, während die Spannung des Auges und das Sehfeld sich normal verhielt. Dieses Exsudat wurde nach einem Bestehen von drei bis vier Tagen durchscheinender und innerhalb acht Tagen vollständig resorbirt. Die Cornea war stets vollständig klar geblieben, Iritis soll wenigstens nicht bemerkt worden sein, und hatte auch keine Trübung des Glaskörpers stattgehabt. Die frühere Sehschärfe kehrte mit der vollständigen Heilung, die in einigen

Wochen eintrat, wieder zurück. Die Behandlung bestand vorwiegend in Atropin.

An diese reiht Gunning noch einen dritten Fall, einen Herrn von 50 Jahren betreffend, an, der neben syphilitischer Iritis, jedoch ohne Gummiknoten, eine graue, opake Masse in der vorderen Augenkammer, von Erbsengrösse, zwischen der Peripherie der Cornea und Ciliarpartie der Iris gelegen, zeigte, die nach aufwärts ein spitzenartiges Ende nahm. Die oberflächlichen Gefässe im unteren Theile der Iris waren sehr erweitert, die übrigen Theile des Auges von normaler Beschaffenheit; die Exsudate ohne jegliche Membran umschlossen.

Diese von Gunning erzählten Fälle stimmen mit dem zweiten von Schmidt mitgetheilten in so fern überein, als es sich um freie, eigenthümlich angeordnete Exsudate, vorwiegend durch Iritis veranlasst, handelt. Während bei Schmidt eine eigentliche Ursache des Grundleidens nicht nachzuweisen war, bestand nach Gunning's Behauptung in zwei der Fälle entschieden Syphilis, im dritten Falle lag nur der wahrscheinliche Verdacht auf dieselbe vor. In wie weit die Syphilis an einer solchen Exsudationsform Theil habe und ob sie überhaupt derartige Erscheinung veranlasst habe, lässt sich bis dahin nicht constatiren.

Schliesslich hätten wir noch die Beobachtung von Dr. Emil Gruening*) in New-York anzuführen, die sich ebenfalls auf die Categorie der vorher erwähnten

---

*) cf. Archiv für Augen- und Ohrenheilkunde III. Bd. Abth. I.

Fälle bezieht, da es sich auch hier um freie Exsudate in Folge von Iritis handelt. Derselbe legt diesem Exsudate die Bezeichnung eines schwammigen bei, entnommen dem feinfaserigen, jedoch structurlosen Gefüge desselben und der grössten Aehnlichkeit hinsichtlich des Baues mit einem Schwamme. Dieses Exsudat soll nun entweder in dieser Form, oder nach Uebergang in eine bläulich weisse, homogene, scharf begränzte Masse vollständig resorbirt werden. Dem Letzterwähnten zufolge glaubt Gruening die sichere Behauptung aufstellen zu dürfen, dass die von Gunning angegebene gallertige Ausscheidung eine Uebergangsform der schwammigen als Einleitung zur Resorption sei, und fügt zur Begründung eine Beobachtung an, wo bei einer Iritis gummosa, bei der sich ausser Gummiknoten auf der Iris noch ein schwammiges Exsudat in der vorderen Augenkammer vorfand und zwar derartig, dass die Iris, der Pupillarraum und die Gummiknoten überall wie durch einen gewebten Schleier gesehen erschienen. Dieses Exsudat nahm nach 24 Stunden eine bläulichweisse, gallertartige Beschaffenheit von linsenähnlicher Gestalt an, nach Oben und Innen durch eine scharfe convexe Linie begränzt, über welche hinaus man einen sichelförmigen freien Raum der retrahirten Iris erblickt. Das Pupillargebiet, der grössere Theil der Iris, der Gummiknoten waren jetzt nicht mehr erkennbar. Nach 48 Stunden verschwand das Exsudat durch Resorption vollständig, der Gummiknoten, vorher Erbsengross, war jetzt auf Hirsekorngrösse reducirt. In therapeutischer Hinsicht waren

Atropin-Einträufelungen und Blutegel angewandt, zugleich eine antisyphilitische Cur eingeleitet.

Im Anschluss an die vorher geschilderten Mittheilungen möge der Fall von Iritis mit eigenthümlich geformtem Exsudate seine Stelle finden, welcher in der hiesigen Augenklinik zur Beobachtung gelangte. Mein verehrter Lehrer, der Herr Prof. Schirmer, gestattete mir freundlichst, denselben zu veröffentlichen und spreche ich ihm sowohl hierfür, wie für die mir gewährte Unterstützung meinen besten Dank aus.

Friedrich H., 56 Jahre alt, Landbriefträger zu Grimmen, früher stets gesund, stellte sich am 4. Juni dieses Jahres zum ersten Male im hiesigen Ambulatorium wegen einer Entzündung des linken Auges vor und wurde die Diagnose auf Iritis simplex mit hinterer unterer Synechie gestellt. Die Behandlung bestand in Atropin-Einträufelung, welche zu Hause fortzusetzen dem Patienten aufgetragen wurde. Circa fünf Wochen nachher — es war am 13. Juli — erschien Patient wiederum im Ambulatorium und zwar diesmal wegen einer Entzündung des rechten Auges. Patient äussert, dass er jetzt Gegenstände mit dem rechten Auge kaum mehr erkennen könne, sein Sehvermögen seit zwei Tagen bedeutend abgenommen habe, während dasselbe vorher ganz gut gewesen sei. Ausserdem hätten sich heftige Schmerzen in der Umgebung des Auges wie in der rechten Gesichtshälfte eingestellt, die ihm jegliche Ruhe geraubt hätten. Bei der Untersuchung zeigt sich die Iritis des linken Auges völlig abgelaufen, die Pupille in Folge des noch vom Patienten angewandten

Atropin mässig weit und nach unten etwas verzogen. Auf dem rechten Auge ist starke conjunctivale und subconjunctivale Injection vorhanden, die Cornea ist klar, die vordere Augenkammer mässig tief, der humor aqueus zeigt weder Trübung noch Hypopion. Die Iris lässt sich vollständlg überblicken und hat ein verwaschenes Aussehen; die Pupille ist mässig enge und mit einem schmutziggrauen, in's gelblich-grüne übergehenden Exsudate verlagert, welches auch noch die Sphincter-Partie bedeckt. Von der Linse und den übrigen Theilen des Auges ist nichts wahrzunehmen.

Die Diagnose lautete auf floride Iritis oculi dextri.

Patient erhält häufige Atropininstillationen und wird ihm die Weisung ertheilt, sich in die hiesige Augenklinik aufnehmen zu lassen. Nachdem derselbe circa 8 bis 12 Mal atropinisirt ist, zeigt die Pupille, welche vorher gleichmässig verfärbt erschien, in ihrem oberen Segmente einen schwarzen, schmalen Halbmond, welcher als derjenige Kapseltheil gedeutet wurde, wo die angelöthete Iris sich gelöst hatte, und machte die ganze Erscheinung den Eindrnck, als wenn die getrübte Linse nach abwärts dislocirt sei. Um die Aufnahme zu bewirken, musste Patient zunächst Urlaub einholen und reiste er dieserhalb auf zwei Tage nach Hause, für welche Zeit demselben Atropinlösung mitgegeben wurde. Die Reception erfolgte am 15. Juli und ergab die Untersuchung Folgendes.

Der entzündliche Prozess zeigt keine Abnahme; es ist eine sehr starke pericoreale Röthung vorhanden, die bereits oben erwähnte Verlagerung der Pupille be-

steht bis auf die halbmondförmige Loslösung noch fort. Patient klagt über heftige Ciliarneurose; die Prüfung des Sehvermögens ergab in ½ Fuss Entfernung die Erkennung von Fingerzahl, der Tonus des erkrankten Auges ist weicher, als normal. — Patient erhielt jetzt häufige Atropineinträufelungen bis zur Intoxikation, gegen die Ciliarneurose subcutane Injection von Morphium hydrochloratum und Abends ein Pulver von 0,01 Morph. acet.

Am 16. Juli hatte die Ciliarneurose etwas nachgelassen, während die entzündlichen Erscheinungen noch gleichmässig intensiv vorhanden waren. Man bemerkt heute jedoch, dass die Loslösung des Sphincter Iridis sich vergrössert hat und zwar hat dieselbe nasalwärts an Breite und Länge sichtlich zugenommen. Durch die ophthalmoscopische Untersuchung wurde kein Resultat vom Augenhintergrunde erzielt. — Da am folgenden Tage die Entzündung nicht nachgelassen, so erhielt Patient drei Blutegel an die Schläfe applicirt, dem am 18. ein Vesicans im Nacken folgte. Die Loslösung hatte jetzt bedeutende Fortschritte gemacht und war die Iris bis auf eine mässig breite Brücke an der temporalen Seite und etwas nach unten in ihrer ganzen Circumferenz frei. — Während an dem folgenden Tage das therapeutische Verfahren beibehalten wird, zeigte sich am 20. Juli eine bedeutende Veränderung am Auge. Der Sphincter Iridis hat sich vollständig gelöst, die membranartige Vorlagerung auf der Pupille ist mit ihrem oberen und nasalen Theile gegen die Cornea gerichtet und flottirt frei im humor aqueus,

die temporale Hälfte dagegen ist etwas nach unten und aussen über den Sphincter Iridis verschoben und liegt scheinbar dieser Partie auf. Die seitliche Beleuchtung ergibt, dass von dieser Membran aus ein kleiner feinfaseriger Stil abgeht und auf der Linsenkapsel etwas seitlich und nach aussen von der Mitte der Pupille festhaftet. Um mich eines Vergleichs zu bedienen, so gewährte diese ganze Erscheinung, welche sich uns darbot, das Bild eines Pilzes, dessen Kappe frei in die vordere Augenkammer ragte, während die Wurzel desselben die Linsenkapsel als Boden beanspruchte.

Im Laufe von ungefähr 48 Stunden — am 22. Juli — war dieses Gebilde inclusive des Stieles völlig resorbirt und liess sich durch die seitliche Beleuchtung nur noch die Stelle constatiren, wo die Adhärenz an der Linsenkapsel vorgelegen hatte. Dieselbe hatte die Gestalt eines gleichseitigen Dreieckes, mit der Spitze im Centrum der Pupille, die Basis temporalwärts gerichtet, und wurde dies durch kleine Pigmentresiduen angedeutet. Der humor aqueus war jetzt diffus getrübt. — Da die übrigen entzündlichen Erscheinungen nur wenig nachgelassen, so wurde in den folgenden Tagen wiederum ein Vesicans verordnet. Die Prüfung des Sehvermögens ergab in 6 bis 8 Fuss die Angabe der Fingerzahl. — Durch die prompte eingeleitete Therapie wahrscheinlich bedingt, war am 27. Juli eine erhebliche Besserung eingetreten. Die Schmerzen haben gänzlich aufgehört, die Pupille ist ziemlich klar und ist die Erweiterung derselben, wenngleich nicht ad maximum, so doch eine recht gute zu nennen. Die Trübungen des humor

aqueus wie die auf der Linse haben abgenommen und vermag Patient die Fingerzahl in 17 Fuss Entfernung ganz genau anzugeben.

Von diesem Tage an besserte sich der Zustand des Patienten merklich. Die pericorneale Röthung nahm zusehends ab, die vordere Augenkammer wie Linse sind klar, die Irisreizung ist kaum mehr wahrzunehmen, die Pupille sehr weit. Am Tage vor seiner Entlassung — am 31. Juli — zeigte das rechte Auge des Patienten nasalwärts nur noch eine etwas stärkere conjunctivale Röthung, während der übrige Limbus Corneae kaum mehr entzündliche Erscheinungen darbot. Patient konnte jetzt bei geringer Tagesbeleuchtuug nicht nur die Fingerzahl, sondern auch kleinere Gegenstände z. B. Schlüssel in 20 Fuss Entfernung recht gut erkennen.

Während dieser Fall mit denen von Gruening und Gunning angeführten nur in sofern Aehnlichkeit hat, dass es sich um freie Exsudate in der vorderen Augenkammer handelt, von diesen sich wiederum einmal durch die Anordnung, ferner durch das Fehlen eines wenn auch nur zweifelhaften causalen Momentes, nämlich der Syphilis, unterscheidet: tritt uns derselbe im Vergleiche zu dem zweiten von Schmidt mitgetheilten als ein demselben nicht nur ähnlicher, sondern vielmehr fast vollständig deckender entgegen. Nicht bloss, dass der Verlauf und die Grösse der Entzündung in beiden Fällen fast ein ganz gleicher ist, ergibt vielmehr die Anordnung des Exsudates sich als eine ziemlich übereinstimmende, freilich mit dem Unter-

schiede, dass die gewählten Bezeichnungen und Vorstellungen mehr individuell gehalten sind. Schmidt spricht nämlich von einer grau opaken die Pupille verschliessenden Masse, welche an ihrer vorderen Fläche von kleinen etwas weisslichen strichförmigen Trübungen durchzogen sind und lässt dieselbe auf der Linsenkapsel ungefähr im Centrum der Pupille haften; bei uns machte das Exsudat, welches die Pupille verschloss und sich später an der Kapsel adhärirend zeigte, einen ebenfalls grauen, aber mehr membranartigen Eindruck. Im Grunde genommen, stimmen die Formationen doch überein. — Nur hinsichtlich der Dauer des ganzen Prozesses bei beiden Patienten könnte man auf eine Differenz hinweisen, indem unser 56 Jahre alter Patient nach kaum 3 Wochen fast geheilt entlassen werden konnte, bei dem anderen 26jährigen stets gesunden 6 – 7 Wochen zur annähernden Heilung erforderlich waren. Ob dieses nicht in etwa mit dem verschiedenartig angewandten therapeutischen Verfahren in Zusammenhang zu bringen ist, wage ich grade nicht zu entscheiden, jedoch möchte ich nach den bis dahin gemachten Beobachtungen in diesem Falle, wie auch bei stürmischen Iritiden, auf die günstige Wirkung der Blutentziehung und Anwendung von Vesicantien neben Atropin hinweisen.

Lebenslauf.

Joh. Peter Jacob Schmalenbach, geb. am 25 December 1845 zu Rheinberg in der Rheinprovinz, Sohn des daselbst verstorbenen Kataster-Geometers Peter Schmalenbach und der verstorbenen Anna Catharina geb. Jordans, katholischer Confession, erhielt seine Ausbildung theils in seiner Vaterstadt, theils auf dem Gymnasium zu Emmerich. Von dort im Herbste 1869 mit dem Zeugnisse der Reife entlassen, besuchte er die Universität Bonn, um Medicin zu studiren, verweilte daselbst aber nur ein Semester und bezog dann Ostern 1870 zur Fortsetzung seiner Studien die Universität Greifswald, woselbst er unter dem Rectorate des Herrn Geh. Rath Prof. Dr. Pernice immatriculirt und dem Dekanate des Herrn Prof. Dr. Mosler in das Album der medicinischen Fakultät inscribirt wurde. Am 28. Juli 1871 bestand derselbe das tentamen physicum und studirte er daselbst bis Ende des Sommersemesters 1873. Am 3. Februar 1874 begann er die medicinischen Staatsprüfungen, musste dieselbe jedoch krankheitshalber auf zwei Monate unterbrechen und absolvirte sie am 13. Juli 1874. Das Examen rigorosum bestand derselbe am 11. Mai 1874.

Während seiner Studienzeit nahm er an den Vorlesungen und practischen Unterweisungen in Cursen und Kliniken folgender Herren Lehrer Theil:

In Bonn:

Prof. Clausius: Experimentalphysik.

Geh. Rath Prof. Schultze: Anatomie, Eingeweidelehre, Secirübungen.

Geh. Rath. Prof. Schaaffhausen: Anthropologie.

Prof. de la Valette St. George: Gefässlehre; Lage der Eingeweide.

In Greifswald:

Prof. Dr. Arndt: Forensische Psychiatrie.

Dr. Bengelsdorff: Nahrungsmittellehre und physiologische Diätetik.

Geh. Rath Prof. Budge: Gesammte Anatomie, Anatomie und Physiologie der Sinnesorgane, Präparirübungen, Experimentalphysiologie, mikroskopisch-physiologischer Cursus.

Prof. v. Feilitzsch: Experimentalphysik, physikalische Geographie.

Prof. Grohe: Allgemeine Pathologie und Therapie, specielle pathologische Anatomie, Krankheiten der Sexualorgane, über Geschwülste, Praktischer Cursus der pathologischen Anatomie.

Prof. Eichstedt: Krankheiten der Haut und Syphilis.

Prof. Häckermann: Gerichtliche Medizin, Oeffentliche Gesundheitspflege und Medicinalpolizei.

Dr. Krabler: Physikalische Diagnostik.

Prof. Hueter: Allgemeine Chirurgie, Gelenkkrankheiten, Chirurgische Operationslehre, Operationscursus, Operationen an Knochen und Gelenken der Extremitäten, Chirurgische Klinik und Poliklinik.

Dr. Haenisch: Laryngoscopische Uebungen.

Prof. Landois: Vergleichende Anatomie, Zeugungslehre, und Entwicklungsgeschichte.

Prof. Laurer: Allgemeine Arzneimittellehre, Arzneiverordnungslehre, chirurgische Verbandlehre.

Prof. Limpricht: Chemie, chemisches Praktikum.

Prof. Mosler: Specielle Pathologie und Therapie, Krankheiten des Kehlkopfes, physikalische Diagnosik, Nierenkrankheiten,

klimatische Curorte und Bäder, medicinische Klinik und Poliklinik.

Prof. Münter: Allgemeine Botanik, medicinische Botanik, botanische Excursionen.

Geh. Rath Prof. Pernice: Theorie der Geburtshülfe, Krankheiten der Neugeborenen, geburtshülfliche Klinik und Poliklinik, Krankheiten des Uterus.

Prof. Schirmer: Augenheilkunde, Refraktions- und Akkomodationsstörungen des Auges, Augenoperations-Cursus, Ophthalmoscopische Uebungen, Krankheiten der Augenmuskel, Lider und Thränenwege. Augenklinik.

Prof. Sommer: Lage der Eingeweide im menschlichen Körper.

Prof. Vogt: Knochenbrüche und Verrenkungen, chirurgisch-propädeutische Uebungen, Zahn- und Ohrenheilkunde, demonstrativer Cursus der chirurgischen Anatomie.

Allen verehrten Lehrern die zu seiner Ausbildung beigetragen haben, stattet Verfasser bei dieser Gelegenheit den wärmsten Dank ab

Thesen.

I.

Zur Behandlung des Ectropium senile ist die Fadenoperation die einfachste und für die Praxis am zweckmässigsten auszuführende.

II.

Die Vernichtung der Hämorrhoidalknoten geschieht am besten mit dem ferrum candens.

III.

Von den verschiedenen Methoden der künstlichen Erregung der Frühgeburt verdient die Krause'sche den Vorzug.